(Biblioteka Umiejętności Lekarskich).

Nr. 16. Warszawa, d. 9 (21) Sierpnia 1875 r. ROK III.

BIBLIOGRAFIA I KRYTYKA LEKARSKA.

POŚWIĘCONE PRZEGLĄDOWI NOWYCH DZIEŁ I CZASOPISM.

DODATEK BEZPŁATNY

dla prenumeratorów Biblioteki Umiejętności Lekarskich i Przeglądu Postępu Nauk Lekarskich z Gazetą Lekarską.

PRZYCZYNEK DO NAUKI O WNĘTRZAKACH I PASOŻYTACH.

Przez D-ra Hermana Meissner'a w Lipsku.

A. Wnętrzaki pęcherzowate. *a)* Wągry (*Cysticercus cellulosae*).

(Dalszy ciąg).

Drugi wypadek podany przez Reeb'a dotyczy 18 letniego mężczyzny cierpiącego jakoby na newralgią nadoczodołową, która początkowo po zadaniu chininy ustąpiła, później jednak się powróciła i stale utrzymywała.

W czasie przyjęcia chorego do szpitala, ból rozpromieniał się w okolicy czołowéj a prawe oko mocno było nastrzyknięte i łzawiło. 21 Kwietnia wystąpiło porażenie połowiczne, a 24 przy śpiączce śmierć nastąpiła. Przy sekcyi okazało się, że cała prawa półkula mózgu była wypełniona wielką torbielą wodunkową, która zawierała liczne większe i drobniejsze acefalocysty.

Przy wszelkiego rodzaju nowotworach w mózgu, najbardziéj stałym objawem jest ból (*cephalalgia*), jednak przy rozpoznawaniu objaw ten ma swoją wartość tylko w połączeniu z innemi zaburzeniami, jak: kurcze, porażenia, zaburzenia w czynnościach umysłowych i w mowie. W pierwszym wypadku brakowało go zupełnie, w drugim zaś przedstawiał charakter przepuszczający i tym sposobem doprowadził do błędnego rozpoznania. W 1 wypadku objawy niewątpliwie wskazywały na obecność nowotworu, z powodu jednak niewyraźnego chełbotania i znacznéj krępitacyi przy ucisku (z powodu częściowego złamania blaszek kostnych, które wystąpiło przy usiłowaniach odprowadzenia nowotworu (gdy otwór kostny był jeszcze zbyt ciasnym) kazały się domyślać istnienia raka grzybiastego błony twardéj (*fungus durae matris*); później dopiero gdy trzeszczenie znikło i chełbotanie było widoczniejszém, możliwém było pewne rozpoznanie. Zasługuje tu na uwagę pomyślne działanie jodku potasu w 1 wypadku. Przekłucie, jakkolwiek w tym razie niewątpliwie śmierć przyśpieszyło, uważa R. za wskazane w podobnych okolicznościach. W obu tych wypadkach trudno pojąć, jak mogło utrzymywać się życie, dość długi przeciąg czasu przy tak znacznych zaburzeniach w mózgu.

Bąblowca mózgu obserwował Dr. Epaminondas Kotsonopulos z Nauplii (*Virch. Arch. I. VII. 3 i 4. p. 334. 1873*) w roku 1862 u 14 letniego młodzieńca.

Cierpiał on od $1^1/_2$ roku na porażenie lewostronne, które począwszy od kończyn górnych, zwolna rozszerzyło się na lewą połowę ciała, prócz tego gwałtowny ból głowy, osłabienie wzroku (*amblyopia*) prawego oka z rozszerzeniem źrenicy i utrudnionym słuchem prawego ucha; czucie było zwykłe, czynności mózgu niezmienione, apetyt dobry. Po 6 miesięcznym pobycie w szpitalu dołączyła się gorączka, mowa była coraz bardziéj niewyraźną, obie źrenice rozszerzone, porażone kończyny ściągnięte, mimo tego chory miał żarłoczny apetyt. Po 14 dniach nastąpiła śmierć przy drgawkach i śpiączce. Sekcya wykazała: zakręty mózgowe prawéj półkuli przypłaszczone, powierzchnia wyraźnie chełbocząca, cała półkula zamieniona w jedną jamę o ścianie mającéj 5 lin. grubości. Zamknięty pęcherz składał się z błony włóknistéj na wewnątrz warstwowatéj, przedstawiającéj na swéj powierzchni wewnętrznéj wciągnięte bąblowce z wieńcem haczyków. Wypadek powyższy jasno dowodzi, że nawet przy zupełném zniszczeniu jednéj półkuli mózgu, druga może działać zastępczo i czynności mózgu prawie żadnéj mogą nie ulegać zmianie.

Prof. Westphal (*Berl. klin. Wochenschr. X. 18. 1873*) podaje zasługujący na uwagę wypadek bąblowca wewnątrz-czaszkowego. 17 letni rzeźbiarz przed półtora rokiem zachorował na gwałtowny ból głowy z wymiotami jednak bez gorączki, do czego wkrótce przyłączył się światłowstręt; niemożność widzenia obustronna, a szczególniéj po stronie prawéj. Bóle trwały 8 tygodni, zaburzenia wzroku pozostały i prawe oko wysadzone zostało na zewnątrz. Na 8 tygodni przed przyjęciem do szpitala, znowu wystąpiły bóle głowy, mianowicie w tylnéj części, wymioty i osłabienie lewych kończyn. W chwili przyjęcia do szpitala, okazywał następne objawy: ból głowy z wyraźnym nawałem krwi, prawa okolica skroniowa nieco wypuklona, prawe oko mocno na zewnątrz wypchnięte (*exophthalmus*), wzrok stracony, poruszenia gałką oczną swobodne, po lewéj stronie żadnych zmian wyraźnych. Lekkie częściowe porażenie nerwu twarzowego lewego, również porażenie lewych kończyn mianowicie nogi, czucie niezmienione jako też czynność zwrotną i oddziaływanie na elektryczność; brak gorączki.

W. zrobił rozpoznanie guza na podstawie mózgu, a mianowicie w prawym, środkowym czyli przedniem zagłębieniu czaszkowém, który bujał do oczodołu.

Przy zadawaniu jodku potasu szybko znikły bóle i wymioty, inne zaś objawy pozostały. W miesiąc późniéj wystąpiła opuchlina prawego oka i części przyległych, poczém okolica skroniowa i ciemieniowa przedstawiała się bardziéj wyniosłą. Wkrótce późniéj można było wyczuć otwór w kości czołowéj a następnie na zewnątrz od tegoż otworu i drugi. Współcześnie wyraźnem było chełbotanie.

W. biorąc pod uwagę możliwą, w danym wypadku, obecność ropnia i bąblowca, rozpoznał tego ostatniego i zrobił nacięcie, gdy uprzednio przekłucie próbne dało wątpliwy rezultat. Naprzód ukazała się ropa, a następnie pęcherze wielkości orzecha laskowego. Zwolna przy wypłókiwaniu z obu otworów kostnych wypłynęło około 90 pęcherzy od ziarna grochu do wielkości pięści.

Podczas rozwijania się guza, lewostronne porażenie uległo pewnéj poprawie, późniéj znikło zupełnie. Ogólny stan był dość dobrym, bólu głowy nie było. Rana w $2^1|_2$ miesiące po nacięciu się zagoiła, otwory kostne istniały jeszcze jakoteż wysadzenie oka ku przodowi, ślepota prawego i połowiczne widzenie (*hemiopia*) lewego oka

W. przyjmuje, że bąblowce zewnątrz-mózgowe na wewnątrz lub zewnątrz błony twardéj się rozwijały, i przedziurawiły sklepienie oraz podstawę czaszki w niektórych miejscach. W mózgu wcale mogą nie być.

Jako ważną okoliczność przy rozpoznaniu zaznacza W. dające się wyczuć otwory kostne przed wystąpieniem ograniczonego, chełboczącego guza, jakoteż czasowe występowanie i znikanie objawów przy stanie bezgorączkowym.

Bąblowiec o c z o d o ł u według D-ra Fr. S t e i n e r'a (*Oesterr. Zeitschr. f. prakt. Heilk. XXIII. 8 Febr. 1872*) należy do rzadkości, gdyż w literaturze tylko 12 wypadków dotąd znanych zanotowano. Cierpienie to obserwował w klinice B i l l r o t h'a u 10 letniego chłopca, chorego od lat 2.

Przy badaniu znaleziono lewą gałkę oczną mocno skierowaną do góry i na wewnątrz, ku dołowi i na zewnątrz poruszającą się tylko nieznacznie, na 3—4 mmtr. wysuniętą i przy badaniu wziernikiem przedstawiała w wysokim stopniu zastój w siatkówce. Przyczyną w tym razie był guz sterczący na zewnętrznéj ścianie oczodołu, sprężysty, niewyraźnie chełboczący i za uciskiem palcem nieco się zmniejszający, w którym można było przypuszczać guz z naczyń powstały, lecz przy przekłóciu próbném wypłynął płyn jasny, bezbarwny, nie zawierający białka ani też pierwiastków morfologicznych. Po 4 dniach nastąpiło tak znaczne pogorszenie, że niezbędném okazało się wyłuszczenie worka torbielowatego. Tenże znajdował się pomiędzy okostną łuku oczodołowego i tkanką tłuszczową przy mięśniach ocznych i z powodu trudnego oddzielenia, częściowo tylko był wyłuszczony, poczém wypłynął podobny płyn jak przy przekłuciu i pęcherz białopołyskujący wielkości orzecha laskowego, który na wewnętrznéj powierzchni mimo charakterystycznego równoległego prążkowania przedstawiał pojedyncze haczyki, skoleksy; wykształcony wieniec haczykowy.

Bąblowca w s u t k a c h spostrzegał Dr. L e D e u t u (*Gaz. de Paris 2. 1873*) w szpitalu Lariboisière.

39 letnia kobieta od lat 2 zauważyła w prawéj sutce guz ruchomy, niebolesny, okrągławy, który dopiero od 3 miesięcy zaczął sprawiać bóle w samym gruczole i w prawéj kończynie, współcześnie skóra się marszczyła, guz pośrodku zaklęsał i zrósł się ze skórą. Po przyjęciu choréj w d. 10 Listopada 1872 r. do szpitala przy badaniu okazało się, że guz zajął zewnętrzną połowę prawéj sutki, był wielkości prawie kurzego jaja, twardy, niechełboczący, przy dotykaniu nieco bolesny, w pośrodku zaklęśnięty i na przestrzeni kwadratowéj 1 ctmr. ze skórą zrośnięty; w dole pachowym dwa obrzmiałe gruczoły dochodziły wielkości migdała, i były bolesne. Z powodu przewlekłego przebiegu, twardości, bolesności, zrośnięcia ze skórą i obrzmienia gruczołów pachowych rozpoznano raka sutki, pomimo że w ostatnim czasie gruczoł zaczął mięknąć i zdawał się mniéj ostro odgraniczonym. Gdy zrobiono 2 cięcia owalne schodzące się z sobą końcami, nagle ukazał się pęcherz przeświecający, niezupełnie wypełniony. Pomimo tego części gruczołu obok torbieli położone, usunięto za pomocą operacyi, aby zagojenie po uprzedniem ropieniu sprowadzić, zaś zapalnie obrzmiałe gruczoły pachowe pozostawiano. Macierzysta tkanka torbieli była bardzo twarda około 1 cmtr. gruba, powierzchnia wewnętrzna wysłana grubym pokładem pilśniowym, pomarszczona, złożona z substancyi włóknistéj.

Wypadek ten zasługuje na uwagę z powodu rzadkości. Liczne pęcherze obok siebie wewnątrz torbieli macierzystéj spostrzegał D e H a e n, L a s s u s, D a r b e f e n i l l e, R o u x, G r a e f e, jeden zaś pęcherz jak w powyższym wypadku A. C o o p e r, B u y f i e l d, M a l g a i g n e, B i r k e f f. W wypadku M a l g a i g n e'a podobnież jak i tu torbiel była ze skórą zrośnięta, i przypadkowo przy operacyi opróżniona. Obrzmienia jednak gruczołów pachowych nie znaleziono. Prawie zawsze błędnie rozpoznawano raka, i w rzeczy saméj nie ma żadnych charakterystycznych środków odróżniających, jeżeli nie spotykamy znacznéj i wyraźnie chełboczącéj torbieli.

Dwa wypadki bąblowca w p ł u c a c h z których jeden otworzył się do worka opłucnéj, spowodował otok ropny (*empyema*) i śmierć, obserwował W i d a l w szpitalu du Gros-Caillon (*Gaz. des Hôp. 92, 94. 1872*).

22 letni żołnierz zdrów uprzednio, zachorował nagle d. 9 maja 1872 r. na nudności, wymioty, mocne kłucie w lewym boku i ściskanie. Dnia 10 wystąpiła znaczna gorączka (40°C. 126 tętno)

i kaszel z śluzo-ropną wydzieliną; badanie płuc wykazało po stronie lewéj od tyłu i ku dołowi stłumienie odgłosu przy opukiwaniu, i na pewném ograniczoném miejscu oddech jamisty bez rzężeń; głos naśladujący bek kozi (*aegophonia*), sprężystość klatki piersiowéj normalna; w pozostałych częściach płuc rzężenia śluzowe. Po zastosowaniu 12 pijawek, ból ustąpił, ucisk jednak wzmógł się jeszcze bardziéj, w lewem płucu przy kącie łopatki dawał się słyszeć mocny oddech oskrzelowy z dźwiękiem metalicznym i licznemi rzężeniami i oddźwięk pełny przy opukiwaniu, wskutek tego rozpoznano zebranie powietrza w jamie płucnéj (*pneumothorax*) z powodu gruźlicy płuc. Dnia 16 dawniejsze stępienie u podstawy płuca znikło, natomiast wystąpiło przy kącie łopatki, gdzie uprzednio był odgłos pełny. Chory utracił sen, apetyt, wychudł i stan jego coraz bardziéj się pogorszał. 29 wystąpiło znaczne pogorszenie, gwałtowne kłucie w prawym boku, rozszerzyło się stępienie u podstawy prawego płuca wraz z rzężeniami. 1 Czerwca wysięk w opłucnéj jeszcze bardziéj się zwiększył; 13 wystąpił od tyłu odgłos tympaniczny i oddech pęcherzykowy, metaliczny, tak więc i po stronie prawéj wystąpiła odma piersiowa, i 15 Czerwca zmarł chory z wyniszczenia. Przy sekcyi po przekłuciu prawéj połowy klatki piersiowéj powstał szmer syczący uchodzącego powietrza (z prawéj nic), i po otwarciu tejże, znaleziono podstawę płuca otoczoną ropą, w któréj pływały białawe torbiele, porozrywane. Ponad otokiem ropnym znajdowała się jeszcze jedna prosta torbiel surowicza. W średnim płacie była jama znacznéj wielkości, która kommunikowała z zebraną ropą otworem wielkości palca i w zupełności wysłana błonami rzekomemi, z większem oskrzelem jednak nie przedstawiała żadnego połączenia. Otaczająca tkanka płucna była stwardniała, miejscami nawet włóknista, ale nigdzie nie można było wykryć gruzełków. Dolny, lewy płat płucny w części górnéj był stwardniały, pod nożem trzeszczący, również mieścił w sobie torbiel, która jednak nie była otoczona błonami rzekomemi, lecz tylko stwardniałą tkanką płucną. Torbiel ta mniéj była trwałą niż w prawéj opłucnéj, również próżna, porozrywana i kommunikująca z dwoma wielkiemi oskrzelami. Pozostałe części płuc niezmienione, osierdzie wypełnione niewielką ilością płynu surowiczego. Obie torbiele składały się z błon warstwowatych, półprzejrzystych, galaretowatych, z których wewnętrzna przedstawiała haczyki bąblowcowe.

Powyższy wypadek zasługuje na uwagę z powodu rzadko przytrafiającego się umiejscowienia bąblowca, z przyczyny wielu bąblowców i przebiegu przedstawiającego złudny obraz ostréj gruźlicy. Tylko nadzwyczajna zmienność objawów w ciągu dni 37, istnienie dwóch ograniczonych ognisk, stosunki ciepłoty, która podczas długich peryodów była wahającą się i dopiero w ostatnich dniach życia przybrała charakter gorączki trawiącéj, mogły bez wątpienia zachwiać rozpoznanie i skierować uwagę na obecność bąblowca; wreszcie badanie drobnowidzowe plwociny mogło było przyczynić się do pewnego rozpoznania.

Według Dra Bird z Melbourne (*Med. Times and Gaz. Aug. 9. 1873*) bąblowiec w Australii zdarza się prawie tak często jak w Islandyi. Dawniejsze swe spostrzeżenia 1861—1871 pomieścił on w australskim dzienniku lekarskim w r. 1871, jednak późniéj obserwował kilka wypadków godnych uwagi, w których za pomocą przekłucia i podania do wewnątrz bromku potasu i kamali otrzymał uleczenie. Z pomiędzy wypadków odnoszących się do organów piersiowych B. kommunikuje następne:

Torbiel bąblowcowa w górnym lewym płacie płucnym u dziewczyny 19 letniéj została przekłutą, przyczem wypłynęło 180 grmm. płynu, gdy wtem nagle prawdopodobnie wskutek zranienia oskrzela, przy gwałtownym kaszlu pozostała, zawartość torbieli wydaloną została ustami. Wyzdrowienie wymagało kilku miesięcy czasu.

9 letnia dziewczyna u któréj przed rokiem było robione przekłócie z powodu znacznéj wielkości bąblowca wątroby, przed $1/2$ rokiem przedstawiała znaczną torbiel w szczycie prawego płuca. Fitzgerald zrobił przekłucie za pomocą aspiratora, a do wewnątrz podawał bromek potasu i kamalę. W chwili ogłoszenia tego wypadku nie było żadnego śladu torbieli.

40 letni mężczyzna który przedstawiał objawy bąblowca wątroby, po przekłuciu wykonaném poniżéj żeber, wypłynęło przeszło 9 litrów płynu. Po kilku tygodniach okazała się niezbędną powtórna operacya, rozszerzono otwór, i zaprowadzono kateter elastyczny. Za każdą razą przychodziły bardzo ciężkie objawy ze strony serca, tętno osłabione, sine zabarwienie wargi, i wkrótce po ostatniéj operacyi śmierć nastąpiła. Sekcya wykazała: wątrobę małą i niezmienioną i bąblowce w jamie opłucnéj. Cała zewnętrzna powierzchnia serca począwszy od wielkich naczyń była okryta torbielami; jamy serca nienaruszone, listek trzewiowy osierdzia mocno zgrubiały, drobnemi torbielami gęsto pokryty. W wypadku danego bąblowca w płucach Fitzgerald zrobił cięcie pomiędzy żebrami, poczém wypłynęła zawartość, wyzdrowienie nastąpiło bardzo prędko.

We wszystkich wypadkach B. obserwował stanowczo pomyślny skutek po użyciu bromku potasu i kamali, gdy te przez dłuższy czas mianowicie w większych dawkach były zadawane i tak np. pewien już niemłody mężczyzna u którego kiikakrotnie było robione przekłucie, za pomocą tych środków stale został wyleczony.

Wypadek bąblowca w opłucnéj wraz ze znacznym wysiękiem zauważył Moutard-Martin (*L'Union 12. 1872*).

17 letni mężczyzna zachorował przed 3 tygodniami na kłócie w boku, gorączkę, codzienne dreszcze wstrząsające i poty; w chwili przyjęcia do szpitala, Beanjon przedstawiał moocną żółtaczkę, krótki oddech, tętno przyśpieszone, znaczne rozszerzenie prawéj połowy klatki piersiowéj z wyrównaniem międzyżebrzy, wyraźny szmer pęcherzykowy w części górnéj i brak oddechu w dol-

néj połowie téjże strony, jakoteż wyraźny głos kozi po nad grzebieniem łopatki. Rozpoznano wysięk w jamie opłucnéj i zrobiono przekłucie, ale wcale płynu nie znaleziono. Podobnież drugie nieco wyżéj zrobione przekłucie dało tylko kilka kropli gęstawéj ropy, i dopiero za pomocą aspiratora Dieulafoy, wydobyto znaczne ilości ropy. Przy téj operacyi po zrobioném nacięciu 5—6 ctmtr. długiem, wypłynęło jeszcze więcéj ropy i zgrubiała błona bąblowcowa; późniéj wypłynęło jeszcze 5—6 bąblowców i znaczna ilość szczątków bez zapachu, płuco zdawało się być całkiem nienaruszone.

Dr. Purser obserwował nieco wątpliwy wypadek torbieli w prawéj jamie opłucnéj (*Doublin Journ. LVI p. 65 July. 1873*).

35 letnia niezamężna kobieta przed $^1|_2$ rokiem przybyła do szpitala z powodu choroby Bright'a. Obrzmienie prawéj połowy szybko ustąpiło, gdy tymczasem z lewéj strony zeszło dopiero po dłuższym czasie i wypisaniu się ze szpitala. Przed dwoma miesiącami (listopad 1872 r.) znowu zgłosiła się chora do szpitala, nie przyjmowała żadnych pokarmów, i w ostatnich 14 dniach odżywianą tylko była za pomocą lewatyw. Przy sekcyi w prawéj jamie opłucnéj znaleziono massę płynu jasno przeświecającego, zielonawego, w któréj mnóstwo torbieli swobodnie pływało. Pod drobnowidzem przedstawiały się one jako z nadzwyczaj cienkich ścianek złożone, łatwo rozrywające się, niezupełnie wypełnione, ściana pod drobnowidzem jednorodna lub słabo prążkowana, na powierzchni drobnemi ziarnkami pokryta, które za dodaniem kwasów w części się rozpuszczały, a więc zdawały się być węglanem wapna lub tłuszczem. Ostatnie w grudki były zebrane, jakoby pochodziły z rozpadłych komórek; haczyków bąblowca nigdzie nie wykazano. Prawa opłucna nie przedstawiała śladów zapalenia, prawe płuco miernie uciśnięte, lewe płuco i serce normalne. Wątroba zniepodobniona z powodu zagłębień bliznowatych w różnych kierunkach, z przeponą i śledzioną zrosła; miejscami na powierzchni lub na dnie blizn mieściły się żółtawo-białe guziki, ostro od przyległych tkanek odgraniczone i serwato zwyrodnione t. j. pod drobnowidzem przedstawiały drobne, zawiędłe komórki, kropelki tłuszczu i niewyraźne włókna. Nerki były cieńsze i twardsze niż zwykle, okazujące zwyrodnienie nabłonków nerkowych i mączkowate zwyrodnienie naczyń. Nigdzie nie napotkano śladów dawniéj przebytego przymiotu, jakkolwiek guziki w wątrobie najpodobniejsze były do gummatów przymiotowych; nigdzie nie można było wykryć blizny naprowadzającéj na przedziurawienie w przeponie. Czy torbiele w worku opłucnym znalezione były bąblowcami, P. powątpiewa, gdyż nigdzie nie można było wykryć haczyków i torbiele zupełnie swobodnie pływały

O wielokomorowym guzie bąblowcowym z owrzodzeniem *Echinococcus multilocularis*) w wątrobie przedstawił staranną pracę Marie Prougeansky (*Inaug. Diss. Zürich. 1873. 8*). Z liczby 19 zebranych wypadków większa ich część podaną była w dziennikach lekarskich (*Jahrb. CXLIV p. 59* i inne); prócz tego wspomina Pr. o kilku wypadków obserwowanych przez W. Meyer'a (*Zwei Rückbildungsformen des Carcinoms, Zürich 1854. Diss.*) W których z wielkiém prawdopodobieństwem można przyjąć obecność wielokomorowego guza bąblowgowego w wątrobie; 1 wypadek spostrzegany przez Bosch'a (*Beiträge zur Lehre der mult. Echin. Geschwulst in der Leber Inaug. Diss. 1868*), który odznaczał się całkowitą i stale trwającą kurzą ślepotą (*hemeralopia*).

Dawniejszy podział bąblowca na *Echinococcus hominis* (z pęcherzami wtórnemi i trzeciorzędnemi) i *Ech. veterinorum*, lub też na *Echin. altriciparìens* (u człowieka) i *Ech. scoliciparìens* (u zwierząt) według Küchenmeistera Pr. uważa za niedostateczny, gdyż obydwie formy mogą się znajdować współcześnie u ludzi i zwierząt, i że nie rzadko spotykamy formy pośrednie. Można jednak odróżnić 3 formy wyrastania bąblowca. Bąblowiec prosty (*Ech. granulosus*), złożony (*Ech. hydatidosus*) i wielokomorowy guz bąblowcowy (*Ech. multilocularis*). Od czego te 3 formy są zależne, nie wiadomo. Powstawanie wtórnych pęcherzy w wielokomorowym guzie bąblowcowym odbywa się wskutek oddzielenia cienkiéj szypułki od pęcherza macierzystego, w obec tego podanie Virchow'a o pudełkowatém zamknięciu wielu generacyi w pojedynczych pęcherzach nie znajduje potwierdzenia. Rozpoznanie od raka wątroby, zapalenia tkanki łącznéj wątroby w okresie obrzmienia, może według Biermer'a przedstawiać mniéj lub więcéj trudności. Rak pod względem formy najpodobniejszym jest do wielokomorowego guza bąblowcowego, odznacza się jednak krótszym przebiegiem 5—6 miesięcy trwającym, szybszym wzrostem wątroby, dającym się wyraźnie w ciągu kilku tygodni zauważyć, szybko występującém charłactwem i najczęściéj brakiem powiększenia śledziony, które tylko w rzadkich wypadkach powikłania z rakiem śledziony spotykamy. W wątpliwych wypadkach gdy jest chełbotanie, przekłócie próbne może upewnić rozpoznanie. Przy zapaleniu tkanki łącznéj wątroby (*hepatitis interstitialis*) z obrzmieniem, przebieg jest nierównie szybszy, zaś marskość przewlekła (*cirrhosis chronica*) łączy się z zanikiem, gdy tymczasem wielokomorowy guz bąblowcowy stale choć stopniowo się powiększa.

(*Dalszy ciąg nastąpi*).

Redaktor i wydawca Prof. Dr. **Girsztowt**.

W Druk. Gaz. Lek. Ul. Ś-to Krzyz. Nr. 9. Дозволено Цензурою, Варшава 10 (22) Іюля 1875 г.